DEUTSCHE RHEUMA-LIGA LANDESVERBAND HAMBURG e. V.
Dehnhaide 120 - Haus 17 - Schön Klinik Hamburg Eilbek
22081 HAMBURG

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000016339

Mandatsreferenz: _____ (Mitgliedsnummer)
(wird nach Beitritt eingesetzt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen*) die Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e. V., Zahlungen von meinem/unserem*) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich/weisen wir*) mein/unser*) Kreditinstitut an, die von der Deutschen Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e. V. auf mein/unser*) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können*) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem*) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ |_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

*) Nichtzutrefendes bitte streichen

_____
Datum, Ort und Unterschrift
IT